

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З
СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-
ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 210-Й РІЧНИЦІ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**20 березня 2015 року
м. Харків**

СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Давыдова А.Г., Курочкин М.Ю., Буйный И.А., Кожевников А.Б.*,
Городкова Ю.В.*

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней факультета последиplomного образования
*Запорожская городская детская многопрофильная больница №5

Заболевания пневмококковой этиологии являются актуальной проблемой практического здравоохранения, что обусловлено ведущей ролью *Streptococcus (Str.) pneumoniae* в структуре инфекций дыхательных путей. Другой проблемой, связанной с пневмококковыми инфекциями, является рост устойчивости возбудителей, выделенных от больных с инвазивными инфекциями к антибиотикам. Несмотря на то, что пневмококк является наиболее частым возбудителем крупозной пневмонии у детей, терапия этого заболевания остается сложной, течение – тяжелым, а исход – непредсказуемым, что подтверждает следующий клинический случай.

Больная В., 8 лет, поступила в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) Запорожской городской детской многопрофильной больницы № 5 в тяжелом состоянии за счет дыхательной недостаточности, интоксикационного синдрома. Диагностирована правосторонняя крупозная пневмония, осложненная экссудативным плевритом. Назначена комбинированная антибактериальная пневмония, инфузионная пневмония в режиме детоксикации, оксигенотерапия, плазмаферез, произведена пункция и дренирование плевральной полости. Однако на 2-е сутки пребывания в отделении, несмотря на проводимую терапию, отмечалась отрицательная рентгенологическая динамика за счет увеличения объема пневмонической инфильтрации справа и появления очага слева, прогрессирования деструктивного процесса. Кроме того, по результатам исследования индексов интоксикации (лейкоцитарного индекса интоксикации по формуле Кальф-Калифа, ядерного индекса Г. Д. Даштаянца, индекса сдвига лейкоцитов по А.Я.Любимовой, соотношения средних молекул 1-го и 2-го порядка) при поступлении интоксикационный синдром соответствовал среднетяжелому, а на вторые сутки пребывания ребенка в ОАИТ - тяжелому.

Результаты бактериологических исследований: кровь на стерильность – массивный рост *Str. pneumoniae*, чувствительный к большинству антибактериальных препаратов; пунктат из плевры – массивный рост *Str. pneumoniae*; смывы из ротоглотки – *Haemophilus*

influenzae, Str. pneumoniae. Выставлен диагноз: Септицемия (Str. pneumoniae). Внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония: тотальная деструктивная плевропневмония справа, очаговая слева (S₁₀). Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови I степени, кардиореспираторный синдром, дыхательная недостаточность II степени.

Из анамнеза известно, что девочка – гражданка Канады – ранее получила весь комплекс пневмококковой вакцинации.

С первого дня пребывания в отделении ребенок получал комбинированную антибактериальную терапию – меропенем в комбинации с ванкомицином с последующей сменой на левофлоксацин и сульбактомакс, затем – на линезолид в комбинации с амикацином. Кроме того, проводилась иммунотерапия внутривенным иммуноглобулином в течение 6-ти суток, инфузионная терапия в режиме детоксикации, назначались нитраты, антикоагулянты и дезагреганты, проотивогрибковые препараты. Производилась санационная фибробронхоскопия, пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау с введением в плевральную полость ферментных препаратов. На 1-е и 2-е сутки пребывания ребенка в ОАИТ был произведен дискретный плазмаферез (ДПФ). Несмотря на проводимую терапию желаемой положительной динамики не наблюдалось, в частности сохранялась одышка до 70 дыхательных движений в минуту, повышение температуры тела до высоких цифр, плохо купирующееся антипиретиками; индексы интоксикации соответствовали тяжелому состоянию.

Ввиду неэффективности консервативной терапии был сделан вывод о необходимости хирургической санации очага инфекции. На восьмые сутки пребывания в отделении проведена торакоскопия справа. Обнаружен фибриновый налет панцирной плотности на средней и нижней долях легкого, который частично удален; произведена санация и дренирование плевральной полости в 5-м межреберье по lin. axillaris anterior и в 7-м – по lin. axillaris posterior. Уже на следующий день была отмечена некоторая положительная динамика лабораторных показателей. На девятые сутки после очередного сеанса ДПФ наблюдалась явная положительная динамика как лабораторно (улучшение показателей клинического анализа крови и индексов интоксикации) и рентгенологически (уменьшение объема пневмонической инфильтрации), так и клинически за счет регресса одышки, улучшения самочувствия, снижения температуры тела.

На 18-е сутки ребенок был переведен в хирургическое отделение для дальнейшего лечения и реабилитации. Рентгенография органов

грудной клетки на 52-е сутки – сохраняется правосторонний фиброторакс. Наличие фиброторакса подтверждено также компьютерной томографией органов грудной клетки, заключение которой - фиброателектаз сегментов S_{1,2} верхней доли справа; фиброз, плевральные спайки справа.

Данный клинический случай позволяет сделать вывод, что главными направлениями терапии деструктивной пневмонии пневмококковой этиологии, помимо комбинированной антибактериальной терапии с учетом дезэскалационного принципа, являются также своевременная активная хирургическая тактика в комплексе с экстракорпоральными методами детоксикации.

НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра последипломного образования

Курс детской хирургии

Пороки развития органов мочевыделительной системы занимают одно из ведущих мест и составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста.

До настоящего времени мегауретер является одной из важных проблем в урологии.

Около 14,0% всех пороков мочевой системы приходится на обструктивный и рефлюксирующий мегауретеры.

Встречается мегауретер с частотой 1:10000, чаще у мальчиков. Соотношение мальчиков и девочек 4,8:1,0. Левый мочеточник поражается чаще. Двухсторонний мегауретер встречается в 10-20% случаев.

Наиболее сложной проблемой в настоящее время является диагностика и лечение первичного обструктивного мегауретера.

В детской практике наиболее часто используется классификация обструктивного мегауретера, предложенная (D. Beurton, 1986).

1(А)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе, без расширения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

1(В)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе и средней трети с незначительным расширением ЧЛС.

2 стадия - выраженное расширение мочеточника на всём протяжении и дилатация чашечек.

Бордий Т.А., Чергинец Л.Н., Попович В.В., Копытько Л.А., Скотарь С.А. <i>ТРАНЗИТОРНАЯ ЭРИТРОБЛАСТОПЕНИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i>	19
Борисова Т.П. <i>ДИАГНОСТИКА, МОРФОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ</i>	20
Боярский А.А., Губарь С.О. <i>АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ПАРАЗИТОЗАМ СРЕДИ ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	22
Будрейко О.А., Чумак С.О., Філіпова Н.В., Морозов О.В., Курбацька Т.П. <i>ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ</i>	23
Вялкова А.А., Гриценко В.А., Зыкова Л.С., Гордиенко Л.М. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ</i>	24
Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Сем'янчук В.Б., Витвицька В.В. <i>ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ</i>	25
Давыдова А.Г., Курочкин М.Ю., Буйный И.А., Кожевников А.Б., Городкова Ю.В. <i>СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА</i>	27
Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н. <i>НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ</i>	29
Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С., Педосенко О.Б. <i>КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ</i>	31
Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Кравченко Л.Г., Копійка Г.К., Радюк Л.П. <i>АНАЛІЗ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАТОГЕНІВ ПРИ ПОЗАШПИТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ - МЕШКАНЦІВ КРУПНОГО МІСТА</i>	32
Зюзіна Л.С., Мизгіна Т.І. <i>ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕКУРЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</i>	34
Іванусь С.Г., Ільченко С.І. <i>ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІ НА МУКОВІСЦИДОЗ</i>	35
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ІМУНОКОРЕКЦІЯ ЧАСТОХВОРЮЮЧИХ ДІТЕЙ</i>	36
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ</i>	38
Іванько О.Г., Пацера М.В. <i>ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ЯК ЦЕНТР ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</i>	40